CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
337154	ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA	18/05/2009	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA

Médico :
23653 - LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO

Matrícula :
2326428

Guia :
19634003

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 19/08/24 - 16:40

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
						0,00	
						Sub-Total :	0,00

Valor Total da Conta: **R$ 0,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
23653 *LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO*	*4.312.059-81*					
10101012 Em consultório (no horário normal ou	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***75,00***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **337154** Sexo: F

Paciente : ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA
Endereço : RUA LUIZ CARLOS MUGGIATI, 240
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : EMERSON BATISTA
Nome do Mãe : ANA PAULA BELLOSO
Médico : LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO
Observação :

Data Nasc. : 18/05/2009
Idade: : 015.03.03
RG : 134179252
CPF : 9395608951
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41987319435
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec

Ref. por :
Dt. consulta : 19/08/2024

CONSULTAS

Data: 19/08/2024 **Hora:** 17:14
CID: **Descrição:**

lesãop de lca + laça malde medial + corno posterior de ml joelho D
orientada sobre riscos e possiveis evoluções.
orçamento
Receituário :
Orçamento de cirurgia em joelho D
Reconstrução de lca + sutura meniscal medial e lateral.

material: 2 parafusos interferencia titaneo + equipo 4 vias + camisa de artroscopio + 3 kits sutura meniscal all inside. 2 kits sutura meniscal com agulha da razek ou conmed.

Dr. Leandro Yuji P. Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 23.653

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador: 247

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	247

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19/08/2024	00	31/12/2025	247

FICHA 337154

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00	31/12/2024	ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	PR	6	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	19/08/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	19/08/2024	16:40	a	16:40	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

	48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	1	12	00431205981	LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	41	6

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 19/08/2024 _____ 3 __/__/____ _____ 5 __/__/____ _____ 7 __/__/____ _____ 9 __/__/____ _____

2 __/__/____ _____ 4 __/__/____ _____ 6 __/__/____ _____ 8 __/__/____ _____ 10 __/__/____ _____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Ana Paula Belloso.	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Beatriz Belloso Batista
Nº da Carteirinha: 2.32.6428
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 18/05/2009 **Nº da Guia:** 19634.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	11:00:03	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e durante uma atividade teve dores no joelho direito.

Testemunha da ocorrência

Janete

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Denis

Data

06/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Motivo do Retorno

Autorizado remarcar a consulta médica para levar o resultado do êxame médico.

Ass.:

Thiago Andrews Carvalho

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 104923
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
337154	ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA	18/05/2009	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA

Médico :
10484 - ELIZABETH PALUDZYSZYN

Matrícula :
2326428

Guia :
19634004

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 26/08/24 - 08:33

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
						0,00	
						Sub-Total :	0,00

Valor Total da Conta: **R$ 0,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
10484 *ELIZABETH PALUDZYSZYN*	*650.864.819-53*						
10101012 Em consultório (no horário normal ou	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***75,00***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **337154** Sexo: F
Paciente : ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA
Endereço : RUA LUIZ CARLOS MUGGIATI, 240
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : EMERSON BATISTA
Nome do Mãe : ANA PAULA BELLOSO
Médico : ELIZABETH PALUDZYSZYN
Observação :

Data Nasc. : 18/05/2009
Idade: : 015.03.09
RG : 134179252
CPF : 9395608951
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41987319435
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 26/08/2024

CONSULTAS

Data: 26/08/2024 **Hora:** 08:44
CID: Z00 **Descrição:**

Procedimento:
Z00

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
avaliação pre anestesica em anexo

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
liberada para cirurgia
ASA I

Drª Elizabeth Paludzyszyn
CRM 10484

INSTITUICAO ADVENTIST

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador: 258

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia
000001	2[illegible]

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
26/08/2024	0	31/12/2024	258

FICHA 337154

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00	31/12/2024	ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ELIZABETH PALUDZYSZYN	06	10484	PR	225205	Drª Elizabeth Paludzyszyn CRM 10484

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	26/08/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	26/08/2024	08:33	a	08:33	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	65086481953	ELIZABETH PALUDZYSZYN	06	10484	41	225205

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	26/08/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Ana Paula Belloso	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Beatriz Belloso Batista
Nº da Carteirinha: 2.32.6428
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 18/05/2009 | **Nº da Guia:** 19634.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/08/2024	11:50:13	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e durante uma atividade teve dores no joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Janete	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Denis	06/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Motivo do Retorno

Consulta com o anestesista.

Ass.: _____

Thiago Andrews Canal Matos
Danielle S. S. Ferraz de Matos
Gerente Financeiro
CAAB

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama **(para prestadores) ou E-mail:** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br **(não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Scanned with CamScanner

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 104919
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
330249	BRUNA LEMES SOUZA	16/03/2007	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
BRUNA LEMES SOUZA

Médico :
23653 - LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO

Matrícula :
3264972

Guia :
19692001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 26/08/24 - 16:31

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
						0,00	
						Sub-Total :	0,00

Valor Total da Conta: **R$ 0,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
23653 *LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO*	*4.312.059-81*					
10101012 Em consultório (no horário normal ou	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***75,00***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **330249** Sexo: F

Paciente : BRUNA LEMES SOUZA
Endereço : RUA SAO MATEUS, 580 AP
Bairro : PORTÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ABEL SILVA DE SOUZA
Nome do Mãe : GISLAINE LEMES SOUZA
Médico : LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO
Observação :

Data Nasc. : 16/03/2007
Idade: : 017.05.11
RG : 145625793
CPF : 13160816990
Fone Res. :
Fone Com. : 41997586422
Celular : 41996989447
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 14291
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec

Ref. por :
Dt. consulta : 26/08/2024

CONSULTAS

Data: 26/08/2024 **Hora:** 17:02
CID: **Descrição:**

Receituário :
uso oral:

1) trifor ----------uso continuo
tomar 1 sache via oral ao dia.

Dr. Leandro Yuji P. Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 23.653

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador: 260

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	260

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
26/08/2024	19692001	31/12/2025	260

FICHA 330249

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
14291	31/12/2024	BRUNA LEMES SOUZA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	PR	6	

Dr. Leandro Yuji P. Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 23.653

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	26/08/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	26/08/2024	16:31	a	16:31	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	00431205981	LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	41	6

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	26/08/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Gislaine Lemes Souza	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Bruna Lemes Souza
Nº da Carteirinha: 3.26.4972
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 16/03/2007 | **Nº da Guia:** 19692.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/08/2024	13:39:47	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Joelho Esquerdo

Descrição
Aluna rompeu o ligamento do joelho esquerdo jogando

Testemunha da ocorrência	Telefone
Juliano	(41) 3028-5430

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Motivo do Retorno
Retorno pós operatório

Ass.: _____

Jamily Souza

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 104913
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
170988	CAMILLY VITORIA ROSA DA CRUZ	01/09/2010	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : CAMILLY VITORIA ROSA DA CRUZ
Médico : 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA
Matrícula : 2326133
Guia : 20719

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 05/09/24 - 17:26

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Mão ou quirodáctilo	40803120	1			38,52	38,52	
						38,52	
						Sub-Total Exames Raio X:	38,52

Valor Total da Conta: **R$ 38,52**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***113,52***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **170988** Sexo: F
Paciente : CAMILLY VITORIA ROSA DA CRUZ
Endereço : RUA GENERAL JOSE FERREIRA DE BARROS, 95
Bairro : Sítio Cercado/ Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : SANDRO MARCOS DA CRUZ
Nome do Mãe : JOSELI CRISTINA ROSA DA CRUZ
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 01/09/2010
Idade: : 014.00.05
RG : 144696573
CPF : 12662419903
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41987352249
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 05/09/2024

CONSULTAS

Data: 05/09/2024 **Hora:** 17:47
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
TRAUMA DIRETO EM 1QDE
DOR LOCAL
SEM OUTRAS QUEIXAS

Exame Físico:
ADM LIVRE
NV PRESERVADO
RX SEM SINAIS DE FX

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
MEDICAÇÃO PARA CASA
CRIOTERAPIA
ATM
RETORNO SN

Data: 05/09/2024 **Hora:** 17:33
CID: **Descrição:**
Solicitação de Exames :

40803120 - RX - MAO

RX 1QDE AP + P

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador: 270

g

FICHA 170988

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	270

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
05/09/2024	000	31/12/2024	270

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	CAMILLY VITORIA ROSA DA CRUZ		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	

Dr. Adilson Seiti Sugiura
Ortopedia - CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	05/09/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		04	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	05/09/2024	17:26	a	17:26	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

	48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	05/09/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Camilly Vitoria Rosa da Cruz
Nº da Carteirinha: 2.32.6133
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 01/09/2010 **Nº da Guia:** 20719

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2024	16:29:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava na aula de educação física quando jogando vôlei e bateu na bola de mau jeito e acabou torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patrícia	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rocha	05/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Observações
A aluna esta sentindo muita dor no dedo.

Ass.:

Leonardo de A. Rosa
Leonardo de Assis Rosa
Coordenador Disciplin...

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
344336	ELOISE NARDINO SAMPAIO	27/05/2010	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ELOISE NARDINO SAMPAIO

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
3267640

Guia :
20693

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 05/09/24 - 13:27

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação tibiotársica (tornozelo)	40804089	1			38,52	38,52	
Pé ou pododáctilo	40804097	1			39,96	39,96	
						78,48	
						Sub-Total Exames Raio X:	78,48

Valor Total da Conta: **R$ 78,48**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***153,48***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **344336** Sexo: F

Paciente : ELOISE NARDINO SAMPAIO
Endereço : RUA SATYRIO FERREIRA DA COSTA,
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ANDRE LUIZ CHAVES SAMPAIO
Nome do Mãe : KARIME KELLE SANTOS NARDINO
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 27/05/2010
Idade: : 014.03.10
RG : 154523901
CPF : 12653425980
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996738071
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 05/09/2024

CONSULTAS

Data: 05/09/2024 **Hora:** 13:47
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
paciente relata entorse de tnz direito hoje jogando futebol

paciente relata historico de entrose de repeticao

nega alergia
nega comorbidades

Exame Físico:
deambulando sem auxilio
nv presevado
dor a palpacao de ltfa
sem dor a palpacoa de 5 mtt e maleolo medial

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
rx sem fx
Conduta:
analgesia
protcolo price
robofoot
orientacoes

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

Data: 05/09/2024 **Hora:** 14:13
CID: **Descrição:**
Solicitação de Exames :

40804091 - RX - PÉ
40804089 - RX - Tornozelo

direito
Receituário :

uso oral

1)ibuprofeno 400 mg -----1 cx

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador: 268

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	268

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
05/09/2024	0000	31/12/2024	268

FICHA 344336

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0000	31/12/2024	ELOISE NARDINO SAMPAIO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	05/09/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	05/09/2024	13:27	a	13:27	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	05/09/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observacão / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eloise Nardino Sampaio
Nº da Carteirinha: 3.26.7640
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 27/05/2010 | **Nº da Guia:** 20693

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2024	10:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna torceu o pé direito jogando bola na atividade de educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Everton	(41) 3028-5430
Professor Everton	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Luciane	05/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Observações
A aluna foi atendida pelo professor de Educação Física e encaminhada para atendimento na unidade hospitalar.

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO
RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

Ass.:

Luciane dos Santos Ortega Oliveira

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br